FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 Novembre 1907 à une heure

DES

SYPHILIDES LUPIFORMES DU NEZ

PAR

Henri DAUGA

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Président : M. GAUCHER — *Professeurs*
M. ROGER — *Professeurs*

Juges . . . MM. MACAIGNE — *Agrégés*
SICARD — *Agrégés*

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
Libraire-Editeur
8, Rue Casimir-Delavigne (Anciennement : 13, Rue de l'École de Médecine)

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. / DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GILBERT-BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY. / DEBOVE / LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND. / LE DENTU.
Clinique chirurgicale	BERGER. / RECLUS. / SEGOND.
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. / BAR.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BRANCA.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BEZANÇON (Fernand)	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	SICARD.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	ZIMMERN.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

31

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. Le Professeur GAUCHER

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Les Syphilides que M. Gaucher définit « des manifestations tégumentaires de la syphilis » viennent au premier rang parmi les affections de la peau, que l'on rencontre le plus souvent à l'hôpital Saint-Louis. Ces affections se présentent habituellement avec un ensemble de caractères communs tels, qu'il est tout naturel d'en faire une famille spéciale au milieu de la pathologie dermatologique. Cependant, malgré ces caractères communs, les syphilides présentent entre elles des caractères différentiels assez tranchés pour justifier les nombreuses variétés admises par les auteurs. Parmi ces variétés, il en est une particulièrement importante sur laquelle M. le professeur Gaucher a bien voulu attirer notre attention, et qui fera l'objet de ce travail inaugural : nous voulons parler de la syphilide tuberculeuse, que nous étudierons seulement dans une de ses formes les plus rares, forme qui présente tant de caractères communs avec le lupus tuberculeux simple, que, bien souvent, le diagnostic sera hésitant et que, seul, le résultat d'un traitement spécifique d'essai pourra sûrement le fixer.

Mais avant de commencer cette étude, nous devons accomplir un devoir qui nous est particulièrement agréable, en exprimant toute notre gratitude aux maîtres éminents qui ont dirigé nos études médicales et parmi eux nous voulons surtout citer:

M. le Docteur Bazy, chirurgien de l'hôpital Beaujon,

M. le Docteur Widal, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Cochin,

Nous adresserons un respectueux hommage à la mémoire de notre regretté maître, M. le Professeur Budin.

Que M. le Professeur Gaucher, auprès de qui nous avons toujours reçu le plus bienveillant accueil, veuille bien recevoir ici tous nos plus sincères remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse, après nous en avoir soumis le sujet, et nous en avoir facilité l'exécution en mettant à notre disposition les observations de son service de l'hôpital Saint-Louis.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Il y a longtemps déjà que l'on a commencé à s'occuper des affections syphilitiques de la peau ; et il est à remarquer que les premiers auteurs qui en ont essayé une classification avaient vu déjà la syphilide tuberculeuse.

C'est Alibert qui, dans sa monographie des dermatoses employa le premier le terme de syphilide. C'est lui aussi, qui, dans sa classification, établit le premier une variété tuberculeuse de ces lésions qu'il range dans la famille des syphilides pustulantes. Mais sa classification est très compliquée ; en outre, elle s'appuie tantôt sur la nature, tantôt sur la forme ou le groupement des éléments éruptifs. Il en résulte une certaine confusion entre ces nombreuses variétés de lésions spécifiques. Après lui, nous devons arriver à Biett, pour trouver une classification vraiment méthodique des syphilides, classification basée sur la lésion élémentaire. Il distingue six ordres et en crée un spécial, le sixième, pour la syphilide tuberculeuse dont il distingue plusieurs formes : disséminée, en groupes,

tuberculeuse perforante, tuberculo-crustacée, tuberculo-ulcéreuse, serpigineuse. Dans la suite, Hardy, Bazin et tous les auteurs se sont plus ou moins rapprochés de cette classification. Nous n'avons pas ici à revoir toutes les variantes qui ont pu y être apportées. Il nous suffira de savoir, que chez tous désormais, nous retrouverons le mot de syphilide tuberculeuse, et dans un livre récent consacré à l'étude de la syphilis et de ses accidents, M. le Professeur Gaucher a particulièrement bien étudié cette forme de syphilide dont il fait deux classes : l'une papulo-tuberculeuse rentre dans le type papuleux ; l'autre tuberculo-ulcéreuse est rangée dans le type croûteux. Ce sont ces deux formes de syphilides papulo-tuberculeuses et tuberculo-ulcéreuses qui vont surtout nous occuper dans ce travail. Ce sont elles, en effet, qui souvent, présentent avec le lupus vrai cette ressemblance dont nous avons parlé plus haut : ressemblance que tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont maintes fois constatée.

Bazin que nous avons déjà cité, est, en effet l'auteur d'un livre paru en 1864 et qui est intitulé : *Leçons sur la scrofule et les scrofulides et la syphilis et les syphilides*. Il nous semble que ce titre à lui seul suffit à démontrer que l'auteur voyait quelques analogies entre ce qu'il appelle « les scrofulides » et « les syphilides ».

Schweigh, dans sa thèse inaugurale soutenue en 1869 et qui avait pour objet une *Etude de la classification des syphilides* discute assez longuement les analogies entre « la syphilide tuberculo-ulcéreuse » qu'il appelle encore lupus syphilitique et le « lupus scrofuleux ».

Plus tard, Mauriac, dans une étude très complète des « syphilides cutanées à type tuberculo-ulcéreux », après avoir constaté aussi cette analogie de la syphilide et du lupus, cherche à en établir la différenciation.

Après lui, nombre d'auteurs et de praticiens ont publié des cas où le diagnostic n'avait pu être fait que fort difficilement entre le lupus vrai et la syphilide tuberculeuse ; et nous ne comptons pas ceux où il fut tout à fait impossible ou tout au moins ne fut possible qu'après succès ou échec du traitement mercuriel.

Mais en 1905, une thèse basée sur un certain nombre d'observations et qui ne fut que le reflet des idées manifestées depuis un certain nombre d'années par de nombreux dermatologistes, vint démontrer que beaucoup de ces cas de syphilides tuberculeuses à forme de lupus n'étaient que des formes hybrides de syphilis et de lupus. Dans ce cas, syphilis et tuberculose étaient également associées tout en évoluant séparément. Le traitement en apportait une preuve tout à fait concluante, puisque sous l'influence du mercure et de l'iodure les lésions allaient en s'améliorant, mais étaient incapables de guérir complètement. On était obligé, à ce moment, d'instituer le traitement habituel du lupus pour arriver à une guérison complète et définitive. De ces faits, certains en ont conclu que tous les cas de syphilides lupiformes n'étaient en réalité que de nouveaux exemples de cette hybridité lupique et syphilitique. Nous sommes loin de prétendre que les faits cités par Longin sont contestables ; au contraire nous les admettons entiè-

rement, mais il nous semble qu'ils sont plus rares, beaucoup plus rares qu'on ne l'a dit et nous croyons que beaucoup d'observations d'hybridité de syphilis et de lupus n'étaient, en réalité, que des cas de syphilides lupiformes plus rebelles qu'à l'habitude au traitement spécifique. C'est donc dire que, tout en reconnaissant l'exactitude des faits cités par Longin, nous les croyons bien moins fréquents que les cas de syphilides lupiformes que nous envisageons ici.

Certains auteurs d'ailleurs, ont pensé comme nous sur ce point ; l'observation suivante de Besnier, que nous allons résumer, en est la preuve :

Il s'agissait d'une femme de 30 ans qui vint consulter pour une ulcération de la lèvre supérieure et des parties attenantes de la sous-cloison, qui furent d'abord soignées pour de la tuberculose. En effet, cette femme « bien qu'elle fût professionnellement exposée particulièrement à contracter la syphilis n'en avait présenté aucune trace ». On retrouvait chez elle, au contraire, de nombreux antécédents tuberculeux : hémoptysies, arthrites suppurées, etc... Pourtant elle avait fait une fausse couche de deux mois et demi huit ans auparavant. Malgré cette absence de stigmates spécifiques, on institue un traitement d'épreuve (liqueur de Van Swieten et Iodure). Cinq semaines après, la guérison est parfaite.

Un certain nombre de dermatologistes, se basant sur les antécédents de la malade, n'auraient certes pas hésité à voir là une forme d'hybridité de syphilis et de lupus. Mais Besnier avait prévu l'objection. « On « préleva dit-il, du pus des ulcérations. Ce pus injecté « dans le péritoine d'un cobaye n'amena aucune réac-

tion ». Il s'agissait donc bien d'une syphilide tuberculoïde.

Et ce cas de Besnier nous le retrouvons dans une de nos observations (observ. VIII), où la malade vit d'abord sa lésion s'améliorer un peu sous l'influence d'un traitement général et de scarifications ; mais où la guérison ne vint que lorsqu'on eut mis la malade au traitement mercuriel intensif. Certains auraient probablement vu là un cas d'hybridité alors que nous croyons presque sûrement à une lésion syphilitique pure.

D'ailleurs, Longin reconnaissait que les hybrides ne guérissaient que sous l'influence d'un traitement mixte, à la fois antisyphilitique et antituberculeux. Dans la généralité des cas, au contraire, le traitement spécifique seul, à la condition qu'il soit convenablement réglé aura raison des syphilides que nous envisageons ici.

CHAPITRE II

Etiologie des syphilides lupiformes

Ainsi donc, les syphilides à forme de lupus existent et comme toutes les lésions spécifiques, peuvent siéger à peu près sur toutes les parties du corps. On les trouve aux membres supérieurs, aux membres inférieurs. Whitfield et avant lui Euthyboule avaient publié des cas de ces lésions siégeant sur le tronc. Hutchinson en a vu une envahir le prépuce. Mais c'est surtout la face qu'elles affectionnent particulièrement et sur la face c'est au nez et à la lèvre supérieure qu'on les retrouve le plus souvent. Le nez, en particulier est si fréquemment le siège de ces affections qu'il nous a semblé pouvoir limiter notre description aux syphilides qui atteignent cet organe. Elles sont, nous venons de le dire, de beaucoup les plus fréquentes, par là même les plus intéressantes. C'est donc à elles que nous nous bornerons.

Dans son livre sur la syphilis, M. Gaucher distingue trois types de syphilides : crytémateux, papuleux, croûteux.

Le premier type appartient en entier à la période secondaire et n'a rien qui puisse nous intéresser.

Le second peut se trouver aussi bien à la période secondaire qu'à la période tertiaire. Mais il est à remarquer que la forme papulo-tuberculeuse de ce type, la seule qui puisse parfois prendre la forme du lupus appartient toujours, dans ce cas, à la période tertiaire.

Le type croûteux, lui, est toujours une lésion d'ordre tertiaire.

Les lésions que nous envisageons sont donc toujours des complications tertiaires et ce fait suffira à nous expliquer que dans certains cas, la syphilis passe inaperçue, l'accident primitif ayant pu ne pas être remarqué et même, cela se voit, quelque invraisemblable que cela puisse paraître, ayant été oublié du malade.

Mais pourquoi la syphilis qui, chez certains individus, revêt une bénignité étonnante, occasionne-t-elle chez d'autres des lésions aussi graves que celles qui nous occupent ? Question bien embarrassante si l'on songe à la quantité d'accidents dus à la diathèse syphilitique et au polymorphisme considérable de chacun d'eux.

Peut-on invoquer l'influence du terrain ? Nous ne le croyons pas. Il est en effet remarquable que dans presque toutes nos observations, les malades avaient été jusque-là tout à fait bien portants. Tout au plus retrouve-t-on quelques antécédents morbides chez un ou deux des malades qui nous occupent. Encore faut-il songer qu'ils sont hérédo-syphilitiques. Cependant, à propos de l'influence possible du terrain, nous aurions aimé savoir si l'alcoolisme ne conférerait pas

une prédisposition spéciale aux accidents graves de la syphilis. Malheureusement, et nous le regrettons vivement, il ne nous a pas été possible de rechercher l'alcoolisme dans nos observations, la plupart d'entre elles remontant beaucoup trop loin pour qu'il nous fût possible de revoir les malades et de les interroger à ce sujet.

Mais un fait nous a frappé à la lecture de nos différentes observations, et, sans en tirer aucune conclusion ferme, nous croyons devoir le signaler ici. Nous voyons, en effet, que parmi les malades qui font l'objet de nos dix-sept observations, aucun d'eux n'a suivi de traitement régulier. Chez les uns (obs. I, IV, XI), la vérole, quoique reconnue, a été complètement négligée : le malade ne s'est pas soigné — d'autres (obs XIII) après avoir suivi un traitement de quelques jours, l'ont cessé se croyant guéris — d'autres enfin et c'est le cas du plus grand nombre, de tous nos syphilitiques héréditaires en particulier, avaient la syphilis sans le savoir. Faut-il voir là une simple coïncidence ? Nous ne le croyons pas.

Pouvons-nous, enfin, considérer ces lésions comme étant dues à une syphilis particulièrement maligne. On l'a dit et le fait est peut-être exact, mais nous croyons qu'il est encore bien difficile de rien affirmer à ce sujet.

Quant à la raison même de ces accidents cutanés dans la syphilis, nous ne pouvons guère actuellement faire mieux que répéter ce qu'en a dit M. Hallopeau. Pour lui, « dès la fin de la période secondaire et pen-
« dant toutes les phases tardives de son évolution, la

« syphilis n'est plus une maladie généralisée. Elle ne « serait plus constituée que par un certain nombre de « foyers locaux latents ou actifs ». La lésion cutanée résulterait des toxines sécrétées par un de ces foyers.

CHAPITRE III

Des caractères des syphilides lupiformes du nez

Nous avons vu plus haut que M. Gaugher distinguait deux formes de syphilides pouvant simuler le lupus : l'une qu'il appelle papulo-tuberculeuse peut se confondre avec le lupus non ulcéré — l'autre appartenant au type croûteux, ressemblant au lupus ulcéré. Avant lui, on peut dire que tous les auteurs qui s'étaient occupé de la question avaient vu ces deux variétés de syphilides lupiformes. Peut-être, la dénomination était-elle différente (Mauriac appelait les unes syphilides tuberculeuses atrophiques, et les autres, syphilides tuberculo-ulcéreuses), mais la distinction n'en était pas moins exacte. Nous conserverons donc ici, les termes et la division de M. le Professeur Gaucher.

Au nez, les deux formes papulo-tuberculeuse et tuberculo-ulcéreuse se retrouvent également ; la seconde cependant y est certainement plus fréquente ; mais nous ne serions pas éloignés de croire que cette forme tuberculo-ulcéreuse ne serait que l'aboutissant des lésions papulo-tuberculeuses.

Cette variété papulo-tuberculeuse n'est, nous l'avons dit, qu'une forme spéciale du type papuleux. Entre la papule et le tubercule, il y a une grande ressemblance de forme et de constitution anatomique. Le siège et la dimension des éléments seuls, diffèrent. « Le tubercule, dit M. Gaucher, n'est qu'une grosse « papule ». En outre, tandis que la papule n'attaque en général que la couche dermo-papillaire, le tubercule, lui, constitue le plus souvent une petite tumeur infiltrée dans toute l'épaisseur du derme.

Tandis qu'à la deuxième période cette syphilide est généralisée, à la période tertiaire elle se localise. Les tubercules peuvent prendre une disposition circinée et c'est alors que la confusion avec le lupus non ulcéré deviendra possible. La lésion à ce moment présente les caractères généraux suivants :

Le nez, les ailes du nez et la cloison surtout sont envahies par de petites tumeurs faisant saillies, arrondies, globuleuses. Leur consistance est généralement ferme et leur couleur d'un rouge sombre, rouge cuivré des anciens auteurs, aspect jambonné des classiques actuels. La surface d'abord tendue et lisse se ride ensuite et devient légèrement squameuse pendant la résolution. Notons enfin que ces lésions évoluent assez rapidement ne s'accompagnant d'aucune réaction générale. Elles ne sont habituellement le siège d'aucune douleur, le prurit lui-même n'existe généralement pas ; mais l'infiltration est souvent considérable et nous la retrouvons en effet très étendue dans plusieurs de nos observations. Après plusieurs mois on peut voir peu à peu les tubercules s'affaisser, mais il faut bien savoir que la récidive est rapide. Les

éléments éruptifs se reproduisent parfois sur place, le plus souvent ils envahissent les régions avoisinantes : l'aile du nez du côté opposé si celle-ci était indemne, la lèvre supérieure le plus souvent.

La syphilide tuberculo-ulcéreuse diffère peu, au début, de la forme papuleuse que nous venons de décrire. Tout au plus, peut-on parfois remarquer une agglomération plus grande des éléments. C'est pourquoi un certain nombre d'auteurs, Mauriac en particulier, se sont demandés s'il ne fallait pas voir, simplement dans cette forme, une syphilide papuleuse dans un stade plus avancé de son évolution. Quoi qu'il en soit, on voit après une période plus ou moins longue de crudité, la nodosité diminuer de résistance. Puis elle s'ulcère ; l'ulcération débutant très souvent sur le bord libre des aîles du nez. Le pus se concrète ; il se forme des croûtes jaunâtres dures et adhérentes ; en pressant sur ces croûtes on en voit sourdre du pus à coloration gris de fer qui se concrète rapidement. Ces croûtes recouvrent une ulcération qui se produit en général assez lentement mais qui une fois installée présente un certain nombre de caractères particuliers que nous allons passer en revue.

Les contours de l'ulcération sont habituellement assez réguliers ; affectant souvent une forme circulaire ou semi-circulaire. Le fond de l'ulcération est grisâtre, sale, paraissant recouvert de fausses membranes. Enfin, la destruction des os et cartilages du nez est relativement assez rapide. Ces ulcérations spécifiques sont essentiellement ambulantes. Elles se déplacent laissant derrière elles une cicatrice dont le seul aspect permet souvent de faire le diagnostic de

la lésion. Cette cicatrice est blanche, mince, généralement lisse et non adhérente. Parfois, cependant, elles sont légèrement ponctuées et gauffrées avec une dépression à peine marquée, plus grande cependant dans la forme ulcéreuse que dans la forme papuleuse.

La marche de ces affections est d'une lenteur remarquable. Les récidives se succèdent avec une très grande rapidité. A peine la cicatrisation vient-elle de se faire en un point que l'ulcération reprend ailleurs.

Notons enfin que, comme la forme papuleuse, la forme ulcéreuse évolue insidieusement sans aucune douleur ni réaction générale.

CHAPITRE IV

Du diagnostic entre le lupus et les syphilides lupiformes du nez

Nous venons de voir dans le chapitre précédent comment se présentent cliniquement les syphilides tuberculeuses du nez. Nous avons vu, d'autre part, que ces caractères ne sont pas toujours d'une netteté parfaite et qu'alors l'affection peut être facilement confondue avec le lupus tuberculeux. Comment donc dans ces cas, pourrons-nous arriver à différencier les deux affections ! Telle est la question que nous allons essayer de résoudre dans ce chapitre.

Mais ici, nous serons obligés d'envisager séparément le cas où les lésions qui font l'objet de ce travail viennent compliquer une syphilis acquise et celui où elles surviennent chez un hérédo-syphilitique.

Lorsque, plus haut, nous avons étudié les caractères cliniques des syphilides, nous n'avons pas fait de distinction entre les deux cas de syphilis acquise et de syphilis héréditaire. C'est, qu'en effet, dans l'un

et l'autre cas, les lésions sont à peu près les mêmes. Elles ne présentent pas de caractères particuliers chez l'hérédo-syphilitique ; leur évolution, leur aspect est le même ; mais leur ressemblance avec le lupus tuberculeux est toujours plus grande ; et tandis que dans la syphilis acquise le diagnostic entre les lésions spécifiques et le lupus sera généralement facile, nous verrons plus loin qu'il sera souvent beaucoup plus difficile parfois même impossible chez les hérédo-syphilitiques.

Nous allons d'abord étudier les différents caractères qui distinguent essentiellement la syphilide du lupus et nous permettront dans la généralité des cas, d'arriver au diagnostic.

En premier lieu, les commémoratifs pourront parfois nous être d'un grand secours. Interrogeons donc le malade, cherchons dans son passé ; ne laissons rien échapper de ses antécédents. Peut-être y trouverons-nous, sinon l'aveu d'un chancre antérieur, du moins l'existence de troubles généraux, de lésions locales dont la nature, alors même qu'elle ne paraîtrait pas sûrement spécifique, pourra cependant éveiller notre attention et nous laisser soupçonner la syphilis. Dans d'autres cas plus heureux, nous pourrons être mis sur la voie par l'existence de lésions simultanées, qui auront, elles, des caractères tels, que leur origine spécifique ne sera pas un seul instant mise en doute.

Mais il faut bien le dire, nous ne trouverons que bien rarement dans les commémoratifs, des renseignements suffisants pour nous permettre un diagnostic certain. Trop souvent, l'ignorance ou la mauvaise foi du malade viendront annihiler les efforts du clinicien

lequel ne devra plus chercher que dans l'évolution et l'aspect des lésions, les éléments de son diagnostic.

L'étude de l'évolution en particulier, aura souvent une importance capitale. Elle ne permettra pas toujours d'arriver à une conclusion certaine ; on ne devra, cependant, jamais négliger d'en tenir compte au moment de la discussion. On dit, et le fait est généralement exact, que la syphilis évolue assez rapidement ; le lupus, au contraire, s'étend avec une lenteur tout à fait remarquable. Il y a exception, pourtant, lorsqu'il s'agit de lupus vorax, mais cette affection présente des caractères tout à fait distincts. Si donc une lésion déjà très étendue ne remonte qu'à quelques mois, on aura là un élément de premier ordre pour penser à une lésion syphilitique. Mais la réciprocité n'est pas vraie et la longue durée d'une affection n'exclut nullement la syphilis. Longin, dans sa thèse, dit avoir observé une ulcération linguale datant de 7 ans et qui a guéri merveilleusement sous l'influence du traitement spécifique. Il cite en outre un article de Lang dans lequel ce dernier reproduit l'observation de deux malades de 28 et de 24 ans chez lesquels la lésion remontait à l'enfance et qui étaient syphilitiques héréditaires. Nous-mêmes, dans nos observations, retrouvons (obs. I) une lésion ayant débuté huit ans auparavant ; et une autre (obs. XIV) remontant également à l'enfance chez un hérédo-syphilitique de 23 ans.

Il est un autre caractère de l'évolution des lésions spécifiques qui permettra parfois de les différencier du lupus ; nous avons vu, en effet, que ces lésions aboutissaient souvent à la cicatrisation, mais que la

récidive était rapide. Il en est de même pour les lésions lupiques. Mais tandis que ces dernières évoluent sur place, les syphilides au contraire, atteignent les régions voisines, et l'on ne trouve pas dans l'aire de la cicatrice les nouveaux nodules que l'on rencontre sur la cicatrice du lupus.

Le diagnostic, enfin, sera possible d'après les caractères des lésions elles-mêmes :

Leur forme, tout d'abord, qui affecte dans la vérole une disposition circulaire ou semi-circulaire qui contraste remarquablement avec le contour irrégulier des lésions lupiques.

La couleur aussi, nous fournira un bon élément de diagnostic ; et il sera en général facile de distinguer la coloration rose, sucre d'orge du lupus, de la teinte foncée, rouge cuivré, jambonnée de la syphilis. Il faut bien savoir, cependant, que ces signes n'ont pas toujours une valeur bien absolue, car il est fréquent de trouver toutes les nuances de coloration entre la teinte rosée et le rouge sombre. Comme aussi la disposition des syphilides n'est pas toujours aussi régulièrement circulaire qu'on la décrit habituellement dans les ouvrages classiques.

Trop souvent même, surtout quand ces lésions sont infectées, on ne pourra tenir aucun compte de ces caractères et ce cas se présentera assez souvent lorsque l'on aura à examiner des lésions ulcérées. Mais alors l'examen des croûtes et de l'ulcération elle-même devra permettre la différenciation.

Les croûtes du lupus, sont, à la fois, plus jaunes et plus molles que celles des lésions syphilitiques, qui sont dures et ont une coloration plus foncée.

L'ulcération du lupus présente les mêmes irrégularités de forme que l'on rencontre dans le lupus non ulcéré. Le fond de l'ulcération est grisâtre, sale, et paraît recouvert d'une fausse membrane. Enfin et surtout les bords de l'ulcération sont moins taillés à pic qu'ils ne le sont dans la syphilis ; et l'envahissement de la muqueuse pituitaire et des os et cartilages sous-jacents y est beaucoup moins précoce.

Nous répéterons enfin ce que nous avons dit dans le chapitre précédent, que les cicatrices laissées par les syphilides sont minces, souples, le plus souvent unies ou à peine ponctuées, tandis que celles du lupus tuberculeux sont dures, plissées, et adhérentes aux tissus sous-jacents.

Tels sont les différents caractères qui permettront, en général, d'arriver au diagnostic étiologique de la lésion. Hâtons-nous de dire que ce diagnostic sera le plus souvent facile. Les commémoratifs aidant, il sera habituellement aisé, en présence d'une lésion du nez de savoir si elle est d'origine tuberculeuse ou spécifique et le clinicien exercé pourra souvent faire le diagnostic d'emblée. Tous les auteurs sont unanimes sur ce point. Mais il est un fait sur lequel ils n'ont pas, il nous semble, assez insisté. Sans nous y étendre longuement, car, bien des éléments de discussion nous manquent, nous voulons cependant nous y arrêter un peu.

Nous avons dit précédemment que les syphilides lupiformes du nez pouvaient aussi bien se rencontrer dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise. On les trouve certes plus fréquemment dans ce dernier cas ; ils ne sont, cependant, pas une rareté

dans le premier puisque les quatre observations que nous citons ont été recueillies dans l'espace de trois années. Y a-t-il entre les lésions de la syphilis héréditaire et celles qui viennent compliquer la syphilis acquise quelque différence ? Nous ne le croyons pas et pourtant, il est un fait certain, sur lequel nous voulons surtout insister : c'est que la différenciation avec le lupus est ici beaucoup plus difficile.

Quelles sont les raisons de cette difficulté ? Faut-il incriminer l'absence fréquente de commémoratifs ? Mais ils manquent souvent aussi dans la syphilis acquise. Il est même plus fréquent de trouver chez l'hérédo-syphilitique des tares organiques dont la nature étiologique ne prête pas un seul instant à la discussion. Aussi est-ce surtout dans ce cas qu'il faudra interroger le malade avec un soin extrême et comme disait Mauriac « réédifier tout son fond patho-« logique ». Le seul fait est que dans l'hérédo-syphilis les caractères des lésions ne présentent pas la netteté qu'on leur trouve dans la syphilis acquise. Et nous ne pouvons mieux faire à l'appui de ce que nous disons ici, que citer l'observation suivante, publiée en 1890 par M. le Professeur Fournier et où le traitement vint redresser une erreur de diagnostic, erreur rare, puisqu'elle fut faite avec le lupus érythémateux dont les caractères sont tels qu'il ne fut presque jamais confondu avec une lésion spécifique.

Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-six ans qui vint consulter M. Fournier pour une lésion occupant la lèvre inférieure. Cette lésion, qui remontait à huit ou neuf mois, était constituée par une sorte de nappe érythémato-papuleuse occupant les trois quarts envi-

ron de la lèvre sur une hauteur de dix à douze millimètres, rouge et saillante. La malade, d'autre part, était bien constituée et jouissait d'une parfaite santé. Le diagnostic de lupus érythémateux fut fait par M. Fournier et un autre de ses collègues à qui la malade avait été présentée. Mais, six semaines plus tard, survint une ophthalmie pour laquelle la malade fut consulter le Docteur Abadie. Celui-ci, qui connaissait certains antécédents familiaux de la malade, en fit une ophthalmie de syphilis hérédo-paternelle. On institua donc le traitement et cinq semaines plus tard la malade était guérie de son ophthalmie et de son pseudo-lupus.

Voilà un fait qui concorde bien, certes, avec ce que nous disions de la difficulté du diagnostic dans les lésions lupiformes du nez chez les hérédo-syphilitiques. Les erreurs dans ces cas seront donc fréquentes. Il y aura pourtant un moyen, sinon de les éviter du moins d'empêcher que cette erreur puisse être préjudiciable au malade ; ce sera de penser toujours, en face de ces lésions à la syphilis et de ne jamais l'éliminer absolument. Dans le cas de doute, il est un examen que l'on devra toujours effectuer ou faire effectuer : c'est celui du fond de l'œil. On pourra trouver dans cet examen des signes certains de syphilis héréditaire ou acquise et le diagnostic sera, de ce fait, singulièrement facilité.

Enfin et surtout, dans ces cas de doute ne craignons pas de recourir au traitement d'essai. Instituons-le d'emblée et nous verrons alors que, dans bien des cas, alors même que la syphilis nous paraissait devoir être mise complètement hors de cause, nous verrons

les lésions s'affaisser et disparaître au bout de quelques semaines ; et ce sera pour nous alors, une double satisfaction d'arriver en même temps à soulager notre malade et à fixer notre diagnostic hésitant.

CHAPITRE V

Du traitement des syphilides lupiformes

Nous n'avons que bien peu de choses à dire du traitement des syphilides lupiformes du nez. Ce sera, en effet, celui de toutes les lésions cutanées d'origine syphilitique.

Les injections hypodermiques de sels mercuriels auront le pas sur toutes les autres méthodes. Chaque fois qu'il y aura possibilité de le faire nous donnerons notre préférence aux sels solubles (benzoate ou biiodure) plus faciles à doser exactement.

Nous croyons, en outre, qu'il est d'une bonne pratique d'associer au mercure l'iodure de potassium et hormis les cas d'intolérance gastrique absolue, nous le donnons toujours. La dose de ce médicament sera variable suivant la tolérance individuelle, oscillant généralement entre 2 et 5 grammes.

Enfin, nous croyons, avec M. Hallopeau, que « les « syphilides traitées localement par les préparations « hydrargyriques guérissent plus rapidement que si « on les traite exclusivement par les moyens in- « ternes ». C'est pourquoi, aux moyens ci-dessus in-

diqués, nous associons volontiers l'application d'emplâtre de Vigo qui nous semble, en effet, avancer la guérison des lésions.

Observation première

(Observations recueillies dans le service de M. le Professeur GAUCHER)

— Mme C..., journalière, 59 ans, entre dans le service de M. le Professeur Gaucher le 14 mai 1903.

Elle est atteinte d'une affection ulcéreuse du nez et de la lèvre supérieure ayant débuté il y a huit ans.

Traitée d'abord pour un lupus par des pointes de feu, il en résulta une amélioration notable, mais il est à remarquer qu'on lui faisait en même temps des injections sous-cutanées de calomel.

Deux mois plus tard, récidive traitée par pilules et par iodure. Ce dernier est supprimé, et bientôt on reprend les injections de calomel.

Il y a six mois, elle entre à l'hôpital avec des ulcérations du nez et de la lèvre supérieure. M. Gaucher la considère comme spécifique, probablement héréditaire tardive, étant donné le peu d'action du traitement spécifique

A son entrée, le nez est gros, rouge, et présente plusieurs ulcérations s'étendant jusqu'à la lèvre supérieure. La lésion du nez ressemble à un lupus, mais celle de la lèvre à un syphilôme infiltré. En outre, la malade que l'on croyait spécifique héréditaire a eu un chancre de la vulve à 15 ans, suivi de plaques muqueuses, mais sans roséole ni autres accidents.

On fait à la malade des injections d'huile grise.

Le 28 mai 1903, le nez est moins rouge.

Le 10 juin, état stationnaire, malgré une suppression

du traitement de trois semaines. On le reprend en faisant des injections de benzoate.

18 juin. — Etat à peu près stationnaire. On remplace les piqûres par des pilules de Dupuytren. Localement, application d'emplâtre rouge.

27 août. — La lésion est cicatrisée en grande partie, mais en activité en d'autres points. On continue les pilules que l'on supprime seulement une dizaine de jours en septembre à cause d'une diarrhée sanglante.

29 octobre. — Apparition d'une petite ulcération au lobule du nez. Diarrhée obligeant de suspendre le traitement. Enfin la malade se plaint de troubles oculaires. A l'examen, on trouve du myosis, de la rigidité pupillaire et de la sclérose du disque optique, à droite surtout.

24 novembre. — Reprise d'injections d'huile grise.

17 mars 1904. — La lésion présente des petits points ramollis analogues à des tubercules lupiques à cause de leur aspect et de leur couleur sucre d'orge.

On pratique alors par intervalles une série de cautérisations au galvano-cautère et au bout de deux mois une grande amélioration se faisait sentir. Cette amélioration va en augmentant et la malade peut sortir presque guérie le 17 novembre 1904.

Observation II

Céline V..., entrée à l'hôpital St-Louis, le 4 juin 1903.

Début, il y a huit mois, par deux boutons apparus à l'extrémité du nez. Peu à peu, les lésions se sont étendues. Actuellement, toute l'extrémité du nez est infiltrée, ulcérée et recouvertes de croûtes. Grains sucre d'orge caractéristiques. Enfin, l'état général s'est conservé assez bon, et l'on ne retrouve aucun antécédent personnel ni héréditaire.

On fait des applications de permanganate. De plus, en raison de l'âge et bien qu'il n'y ait aucun antécédent spécifique, on fait des injections de benzoate de mercure.

12 juin. — On suspend les piqûres qu'on remplace par des pilules.

20 juin. — Amélioration très sensible qui va en s'accentuant si bien que le 16 juillet la malade peut sortir. Les ulcérations sont alors complètement cicatrisées. Il y a une perte de substance grosse comme un petit pois au-dessus de la narine gauche, toute la partie du nez atteinte est d'une teinte érythémateuse, quelques points ayant l'aspect de tubercules lupiques.

3 mai 1904. — Depuis plusieurs mois, l'ulcération du bout du nez s'est reproduite. La malade rentre à l'hôpital. On recommence les piqûres et elle sort guérie au bout de trois mois.

Observation III

Mlle N..., 36 ans, entrée à Saint-Louis le 15 juin 1903.

Il y a huit mois, la malade a présenté de l'obstruction nasale. Parfois, il y avait des croûtes qui se détachaient en s'accompagnant d'un petit écoulement sanguin. Il y a six mois, otite droite suppurée. Il y a deux mois est apparu sur la partie inférieure du lobule du nez un bouton qui ne s'est pas guéri depuis. Puis, petit à petit, il en est apparu d'autres semblables sur le lobule et les ailes du nez.

Notre malade ne présente aucun signe de syphilis acquise ou héréditaire. Elle aurait eu, dit-elle, une hémoptysie qui remonterait à une dizaine d'années ; à ce moment, elle aurait beaucoup toussé. En dehors de cela, elle a toujours été bien portante.

Le lobule et l'aile gauche du nez sont le siège d'une

infiltration épaisse et diffuse qui existe aussi sur l'aile droite. La surface de la région est rouge, irrégulière, et recouverte de tubercules. Sur la face droite du nez et à la partie inférieure du lobule, la lésion est moins nette, mais envahie aussi de tubercules. Ces lésions semblent se prolonger par l'intérieur du nez, sur la cloison et la face interne de l'aile gauche.

Le voile du palais présente au-dessus de la luette une grappe de granulations saillantes, rosées, reposant sur un fond infiltré. Le pilier antérieur droit est réuni à la luette par une bride qui semble limiter une perforation.

On porte le diagnostic de syphilis du lobe. Syphilides tuberculeuses du nez et gommes de la voûte palatine et l'on administre à la malade deux pilules de sublimé et 2 gr. d'iodure.

Le 24 juin. — Le diagnostic de syphilis se trouve confirmé par l'heureuse influence du traitement prescrit. Les tubercules saillants sur le nez sont déjà aplatis et affaissés. L'infiltration est moindre. Les lésions du voile du palais sont affaissées.

Observation IV

Eugène G..., 35 ans, est entré dans le service de M. le Professeur Gaucher le 29 août 1903.

Ce malade a eu un chancre de la verge soigné salle Bichat pendant un mois et qui a été suivi de plaques muqueuses et de roséoles. Il s'est soigné le mois suivant avec de la salsepareille mais sans prendre de mercure. Aucun accident jusque il y a trois semaines. A ce moment, syphilides tuberculeuses du nez et de la face. Le nez est augmenté de volume. En même temps, il y a des plaques muqueuses de la gorge.

Actuellement, le nez est très hypertrophié et recouvert de syphilides tuberculeuses. Quelques-unes sont dissémi-

nées sur la face. Sur le reste du corps quelques syphilides gommeuses. Achromie post-éruptive du cou. Syphilides papulo-squameuses du cuir chevelu.

On associe dans le traitement les piqûres de benzoate et l'iodure.

Le 31 Août 1903. — Le malade a la voix éteinte — il s'agit probablement d'un syphilome du larynx — on supprime l'iodure.

Le 26 Septembre.— On remplace le benzoate par l'huile grise. Il en résulte une amélioration notable des lésions du nez et le malade sort le 7 novembre presque guéri.

Observation V

Henri Q..., 44 ans, entre à St-Louis le 22 septembre 1903.

Il présente une lésion circinée de la base du nez au niveau de l'angle interne de l'œil droit datant de deux mois et demi dont le diagnostic est hésitant entre épithélioma et syphilide tuberculo-ulcéreuse. Il n'y a pas d'antécédents spécifiques mais il existe une glossite scléreuse superficielle. Les pupilles sont déformées et la femme de notre malade a fait quatre fausses couches (les premières) sur 7 grossesses.

On fait au malade des piqûres d'huile grise.

Le 29 Septembre. — La lésion est considérablement améliorée. Il s'agit donc bien de syphilide ulcéreuse. On fait une seconde injection d'huile grise.

Le 9 Février 1904. — Récidive *in situ* se manifestant par une ulcération à la racine du nez et une autre dans le sillon sous-orbitaire.

Injections de benzoate et iodure à l'intérieur.

Dans la suite grande amélioration.

Le 7 Juin. — La lésion qui avait à peu près disparu recommence depuis une quinzaine de jours. Traitement :

pilules et iodure de potassium. Emplâtre de Vigo sur la lésion.

Le traitement amène une amélioration immédiate mais la lésion reparaît à la suite d'une suppression de traitement d'un mois en août. On le reprend donc et l'amélioration va s'accentuant.

Observation VI

D.... 40 ans, entre le 3 Décembre 1903 dans le service de M. le Pr Gaucher.

Depuis très longtemps ce malade a du coryza chronique. Depuis deux ans une rougeur est apparue qui a débuté au niveau de l'aile droite du nez — en même temps se forment de petites ulcérations sur le bord libre des narines. Un médecin avait prescrit de l'arsenic à l'intérieur et localement des applications d'icthyol. Depuis trois semaines le malade est traité par l'iodure de potassium. Il s'en suit une diminution notable du volume du nez.

Au moment de l'examen, le nez est très augmenté de volume et présente une coloration rouge vif. Sur ce fond rouge-vif, desquamation formée de squames blanches fines, adhérentes. Sur le bord libre de la narine gauche, ulcération de 5 millimètres de diamètre recouverte d'une croûte épaisse, jaunâtre. Sur le bord libre de la narine droite deux ulcérations recouvertes de croûtes épaisses, jaunâtres, brunes, qui se continuent à l'intérieur du nez.

On soumet le malade au traitement par l'iodure de potassium et on fait des cautérisations ignées.

Le 24 Décembre. — Amélioration, cautérisation au thermocautère.

Le 31 Décembre. — Pas d'amélioration, ulcération à fond jaunâtre. Grosse adénite sous-maxillaire, avec périadénite.

Le 7 janvier. — Rétrocession de l'adénite Traitement ci-dessus décrit est continué et on y ajoute des injections de benzoate.

Le 4 février. — L'amélioration primitive se maintient mais sans augmenter beaucoup. Le malade sort à ce moment.

Observation VII

Isaac S.... 24 ans entré à St-Louis le 6 Juin 1904.

Chancre ignoré. — En 1902 ulcérations sur la jambe gauche qui guérirent par des frictions mercurielles. — L'affection actuelle a débuté il y a 10 mois par une rougeur diffuse qui, partie de l'extrémité du nez s'est étendue aux ailes du nez et à sa moitié inférieure. Depuis quatre mois environ le malade est atteint d'ulcérations, dont une large siégeant sur la région médiane du nez, d'autres plus petites sur les ailes surtout à droite. Douleur légère surtout depuis l'ulcération.

Le malade est soumis aux injections de benzoate.

Il sort guéri le 5 mars 1905.

Observation VIII

Mme C.... 44 ans entre à l'hôpital le 19 Juillet 1904 pour une affection lupoïde de la joue et du nez ayant débuté il y a un an par un petit point au-dessous de la cloison du nez.

Actuellement, le bout du nez est complètement pris ainsi que la cloison, la portion de la lèvre supérieure, et la muqueuse du nez.

Sur la joue droite, ulcération cratériforme de près de 1/2 centimètre de profondeur entourée d'une zone infiltrée large comme une pièce de 5 francs.

Elle est traité par M. Darier depuis trois mois 1/2 par des cautérisations au thermo et des scarifications. On avait fait alors le diagnostic de lupus tuberculeux, qu'on admet et on soumet la malade à des cautérisations en même temps qu'on s'efforce de relever l'état général.

4 août. — Même état. Les scarifications et les cautérisations sont continuées régulièrement deux fois par semaine.

8 août. — L'ulcération de la joue a beaucoup diminué. Elle est maintenant superficielle et ronde et rappelle beaucoup les ulcérations syphilitiques. Tout en continuant les cautérisations on fait à la malade des injections de benzoate qu'on remplace le 11 par de l'huile grise.

24 août. — Changement très rapide — la joue est guérie — le nez est très amélioré — La syphilis est donc certaine.

1er septembre. — La malade qui prend de l'iodure de potassium depuis huit jours a une poussée pustuleuse sur le nez. On supprime l'iodure.

31 mai 1905. — La malade a subi des séances fréquentes de radiothérapie. Les croûtes sont moins épaisses mais l'ulcération persiste. Athrésie menaçante des narines, on la renvoie au Dr Lubet Barbon pour lui mettre des dilatateurs. Aujourd'hui première application de phénol-méthyl Billet.

16 octobre. — Les applications de phénol qui ont été continuées ont amené une modification notable lorsque survient une poussée d'œdème de la face. Depuis, malgré le traitement aucune modification.

La moitié du nez est détruite, les ulcérations sont molles, jaunes. M. Gaucher conseille de reprendre les piqûres de benzoate.

31 octobre. — C'est la treizième injection de benzoate. Il y a une grande amélioration, on voit très nettement la marche de la cicatrisation périphérique. Mais l'apparition

d'une stomatite oblige à cesser les piqûres pendant 8 jours.

5 Novembre. — La malade va beaucoup mieux. La stomatite est presque guérie. Les lésions ulcéreuses du nez sont encore en voie de cicatrisation. Il est à remarquer que c'est la première fois que la malade est traitée par le benzoate. En décembre 1904, elle avait été traitée par des piqûres de calomel (deux) et d'huile grise (cinq) qui avaient occasionné de l'entérite et de la stomatite. On continue le traitement de la stomatite sans reprendre les injections de benzoate.

13 Novembre. — L'amélioration s'est maintenue. Il n'y a plus de gingivite. On reprend les injections de benzoate en continuant les soins de la bouche.

22 Novembre. — Amélioration considérable. Depuis huit jours il y a environ 1 centimètre de cicatrice autour de la croûte.

29 Novembre. — On cesse à nouveau les injections, la malade en ayant reçu une série de treize. Stomatite légère au niveau des incisives inférieures. L'état du nez est très satisfaisant ; la cicatrice s'étend toujours ; la croûte, épaisse, dure, rétractée, commence à s'effriter spontanément.

6 Décembre. — Après huit jours de repos on reprend les piqûres. — L'état général est excellent, la malade engraisse et se trouve mieux qu'elle n'a été depuis 3 ans.

13 Décembre. — La croûte sèche, épaisse, verdâtre, commence à se détacher. Sous ses bords on voit la cicatrice continuer. Huitième injection de benzoate. Dans la soirée du 13, la croûte tombe laissant une cicatrice squameuse.

20 Décembre. — Il existe sur l'orifice nasal droit une mince croûte, due à l'écoulement nasal. Les orifices du nez sont réduits à deux minces perthuis. La malade ter-

mine une série de 15 piqûres de 1 centigr. de benzoate on lui fait prendre de l'iodure de potassium.

27 Décembre. — Il reste quelques squames sur la cicatrice. Au niveau des orifices, croûtes molles dues aux sécrétions nasales qui tombent avec les pulvérisations. L'intérieur du nez examiné est trouvé en très bon état.

3 Janvier 1906. — La lésion est maintenant complètement guérie. On voit la cicatrice irrégulière à contours arrondis. Elle est legèrement déprimée, blanche vers le centre, violacée sur le pourtour. Les orifices du nez sont visibles, très atrésiés. A l'orifice de la narine droite croûtes molles et jaunes dues aux sécrétions nasales. On a cessé tout traitement depuis quinze jours.

Dans la suite, la malade continue à aller très bien, malgré une petite poussée de rhumatisme articulaire aigu survenue en janvier.

Le 14 février on reprend une série de piqûres de benzoate de mercure qu'on cesse le 1er mars 1906. Elle a eu à ce moment 53 piqûres. On recommence une nouvelle série le 11 avril à ce moment la malade va tout à fait bien.

Observation IX

Eusèbe C...., 49 ans, entre dans le service de Mr le Professeur Gaucher le 18 octobre 1904.

Le malade vient consulter pour une éruption tuberculo-ulcéreuse du nez et de la face datant de 6 mois enviro Il y a un an, le malade avait eu au même siège une ulcération.

Syphilis ignorée. Le malade ne semble pas avoir suivi de traitement spécifique. Pourtant, il y a 10 ans il aurait eu des ulcérations de la gorge suivies de plaques dans la bouche. Cette manifestation spécifique n'a pas été reconnue.

Actuellement le nez et la partie adjacente de la face sur une largeur de deux revers de doigt sont cachés par une large syphilide tuberculo-ulcéreuse.

Sur le nez il existe des cicatrices très apparentes consécutives à des ulcérations guéries, sur les ailes du nez et les parties adjacentes, ulcérations arrondies recouvertes de tubercules spécifiques ramollis typiques.

On fait au malade une injection quotidienne de 2 cm³ de benzoate. On n'y associe pas d'iodure que le malade ne peut supporter.

7 novembre 1904. — Le malade a eu 18 injections. La guérison est presque complète. L'infiltration est disparue. Les ulcérations sont cicatrisées.

27 novembre. — Un peu de gingivite. On arrête le traitement. Le malade a eu à ce moment 30 piqûres.

4 janvier 1905. — Le malade vient d'avoir deux séries de 30 piqûres. Repos de 15 jours.

12 février. — Nouvelle série de piqûres.

23 juillet 1905. — Depuis le 4 juin le malade n'a eu que 10 piqûres. L'état est toujours satisfaisant.

Observation X

Appolline R .., 28 ans, entre à l'hôpital St-Louis le 22 janvier 1905. Il y a 2 ans est apparue une petite papule sur la lèvre supérieure (côté droit). Il y a un an, cette papule qui s'était recouverte d'une croûte et n'était nullement douloureuse fut considérée comme un lupus, par un médecin qui avait été consulté. On fit des cautérisations et la papule disparut.

Depuis six mois, lésion semblable sur la joue droite, enfin, depuis un mois apparition d'une nouvelle lésion semblable sur l'aile droite du nez. Il y a à peu près un an, la malade dit avoir ressenti des démangeaisons et une certaine douleur dans la narine droite.

Actuellement, sur la lèvre supérieure existe une cicatrice transversale consécutive au premier traitement. Sur la joue droite et l'aile droite du nez deux lésions croûteuses en activité.

Psoriasis en taches sur les genoux, les coudes, le ventre, la ceinture, ayant débuté à l'âge de 10 ans.

Le diagnostic est hésitant, on institue un traitement d'épreuve par des piqûres de mercure.

30 janvier 1905 — Il semble y avoir déjà une amélioration.

On note l'apparition d'un nœvus pigmentaire mélanique lenticulaire sur la partie droite du front.

9 février 1905. — La malade sort sur sa demande considérablement améliorée. Elle rentre de nouveau le 15 mars 1905.

Il y a environ quinze jours, il s'est formé une fissure verticale sur l'ancienne cicatrice de la lèvre supérieure. Cette fissure saigna assez abondamment pendant 2 ou 3 jours. Puis se formèrent sur la fissure et autour d'elle des croûtes qui persistent encore actuellement.

On note actuellement une ulcération irrégulière de la face inférieure de la lèvre supérieure avec croûtes épaisses sur les faces antérieures et inférieures de la lèvre. Ces lésions, cuivrées, ont un aspect syphilitique. Enfin le psoriasis persiste.

On soumet la malade à des injections de benzoate et on lui donne de l'iodure à l'intérieur.

Elle sort le 10 avril sur sa demande, après avoir reçu 15 piqûres Elle est alors très améliorée.

Observation XI

X... 29 ans entre dans le service de M. le Professeur Gaucher le 6 décembre 1905.

Il y a 7 ans le malade a eu un chancre de la verge qui

a été considéré comme chancre mou. Il s'est marié un an après. Sa femme n'a pas fait de fausses couches et a même accouché d'un enfant âgé actuellement de 5 ans et qui est bien portant. Notre malade fait ensuite un séjour en Indo-Chine sans avoir aucun accident. De retour en France au mois de juin dernier il a noté depuis un mois l'apparition de syphilides tuberculeuses sur les sillons naso-géniens, et l'aile du nez des deux côtés.

On soumet le malade à des injections de 2 centigr. de benzoate, en même temps qu'il prend 2 gr. d'iodure de potassium.

Le 25 décembre. — On finit une série de 20 piqûres. La guérison est absolument complète.

Observation XII

R... 26 ans, présente depuis 2 mois des placards de syphilides tuberculeuses prenant toute la partie droite de l'aile du nez et la partie voisine de la joue au-dessous de l'œil. Quelques tubercules sur l'aile gauche.

Aucun antécédent connu.

On soumet le malade au traitement habituel et le 25 septembre moins d'un mois après son entrée, il est complètement guéri. Il reste cependant un peu d'infiltration qui disparaît par la suite du traitement.

Observation XIII

Br... Eusèbe, 32 ans, entre à l'hôpital le 15 décembre 1906. Ce malade a contracté un chancre du prépuce il y a 18 mois. Six mois plus tard plaques de la gorge et lésions ulcéreuses des jambes traitées à Laënnec par des injections de biiodure de mercure. Mais depuis 6 mois il rejette par le nez, avec quelques fragments osseux des croûtes

d'abord inodore puis fétides. Enfin, il y a des ulcérations du nez et de la lèvre supérieure Depuis 2 mois perforation de la voûte palatine. Entré d'abord dans le service de M. Hallopeau, on lui fait des frictions qui n'amènent pas d'amélioration. Il entre alors salle St-Louis.

Actuellement, le nez est effondré, très élargi, douloureux, à la palpation. Le malade mouche sans cesse une sérosité verdâtre, d'odeur infecte. Sur le lobule et l'aile gauche du nez syphilides papulo-ulcéreuses. La lèvre supérieure très augmentée de volume présente à sa partie moyenne une profonde perte de substance. La voûte palatine est ulcérée et il existe à son centre une légère perte de substance.

Le malade ayant un peu de stomatite on se contente de lui faire prendre 6 gr. d'iodure par jour.

Le 19 Décembre. — On commence une série d'injections de benzoate de mercure (2 centigrammes par jour).

Le 25 Décembre. — Les ulcérations du nez vont mieux pour le reste, état à peu près stationnaire.

4 janvier 1907. — L'aile du nez est à peu près cicatrisée. Fétidité moins grande la lèvre est encore ulcérée.

A la fin du mois de janvier la guérison était à peu près complète et le malade pouvait sortir pour se rendre à St-Antoine où on lui a retiré un sequestre du nez.

Observation XIV

Syphilis héréditaire.

D... Edouard, 13 ans, est entré salle St-Louis le 1er août 1903.

Vers l'âge de 3 à 4 ans, à la suite d'une plaie traumatique début de l'affection actuelle. Il a été soigné pour un lupus à l'âge de 11 ans, jusqu'à 13 ans on lui fit des cautétérisations. Les lésions étaient suppuratives et l'on se con-

tenta par la suite de lui faire de simples pansements au sublimé.

Le malade ne suivit pas d'autre traitement j'usqu'à l'âge de 19 ans 1/2. C'est à cette époque qu'a débuté la lésion actuelle du nez, par un bouton qui s'est étendu peu à peu, et s'est couvert de croûtes. Le malade ne s'est pas traité depuis lors.

Actuellement au coude, large cicatrice lisse, gaufrée et violacée, limitée par quelques éléments papuleux en lignes régulièrement arrondies, avec quelques placards croûteux au sommet de l'olécrane.

Au nez. Toute l'extrémité du nez, la narine gauche, la moité antérieure de la narine droite, la cloison, sont atteintes d'une lésion érythémateuse, croûteuse, ulcéreuse au niveau des bords libres. Au-dessus de ce placard on voit une fine efflorescence qui remonte vers l'angle interne de chaque œil. Il n'y a pas de suppuration.

On fait au malade des injections de benzoate et on lui fait prendre 2 grammes d'iodure.

Il sort le 20 août fort amélioré.

Observation XV

Syphilis héréditaire.

Léon F..., 16 ans, entre à l'hôpital le 4 février 1905.

Le père de ce garçon était spécifique et aurait contaminé la mère. Celle-ci a eu 11 enfants, sur ces 11 enfants trois seulement ont survécu et seulement ceux qui ont été élevés au sein par leur mère, dont notre malade.

Celui-ci à l'âge de 3 ans commence à tousser et il tousse depuis tous les hivers.

Il y a 6 mois, on lui fit une trachéotomie pour laryngite et il porte encore sa canule.

Il entre dans le service avec une ulcération lupiforme

large comme une pièce de deux francs, au niveau de la région temporale droite datant de deux mois. Il y a une adénopathie multiple de la région cervicale.

A l'auscultation, il est difficile d'entendre autre chose que le bruit de la canule.

Le médecin qui a envoyé le malade le considère comme un syphilitique héréditaire.

On fait faire un examen rhinologique par M. le Dr Castex, Celui-ci constate un épaisissement de la racine du nez une perforation de la portion osseuse de la cloison nasale, une épiglotte cicatricielle qu'il attribue à de la syphilis.

24 février 1905. — Le docteur Billet à fait sur la tempe plusieurs applications de phénol alcoolique. Mais aujourd'hui la lésion présente une croûte épaisse noirâtre qui se détache, laissant autour d'elle des lésions cicatricielles. La lésion ressemble tout à fait à une lésion spécifique.

25 avril. — L'état général est très bon. Le malade ne tousse pas et la gaze qui recouvre la canule est à peine souillée. La lésion de la tempe droite est aujourd'hui complètement cicatrisée.

26 avril — Un examen des yeux, démontre des stigmates certains d'hérédosyphilis aux deux yeux : Les pupilles réagissent faiblement ; la pupille optique de l'œil droit surtout est flanquée en haut d'un croissant d'atrophie périphérique et de reliquats de chorio-rétinite péripupillaire. La chorio-rétinite montre surtout à droite et en bas, des plaques de dépigmentation et d'atrophie partielle tout à fait significatives. Mêmes stigmates bien que moins nets à l'œil gauche.

6 mai 1905. — Le malade sort sur sa demande.

Il rentre le 24 mai.

9 juin 1905. — Le malade présente de l'hyperostose des os propres du nez. Il y a une perforation, de la dimension d'une pièce de un franc, de la cloison nasale. — Au la

rynx atrophie de l'épiglotte qui est déchiquetée. Un peu de rétrécissement de la partie sus-glottique du larynx. Les cordes sont presque normales. Impossibilité d'examiner s'il existe des végétations adénoïdes, toutes lésions caractéristiques de syphilis.

Le malade sort le 7 juillet sur sa demande.

Observation XVI (*Syphilis héréditaire*)

Joseph B... 25 ans charretier, entre dans le service de M. le Professeur Gaucher le 19 février 1906, pour une ulcération du nez. On ne retrouve rien dans les antécédents héréditaires de ce malade. Cependant sa mère est morte de tuberculose pulmonaire il y a 15 ans. Lui-même n'a jamais été malade.

C'est seulement depuis deux mois qu'il a des boutons dans le nez. Ces boutons, il les a grattés et a vu par la suite son nez augmenter de volume. Il fut d'abord traité par des pointes de feu. Actuellement, le nez est très augmenté de volume. La peau est rouge, œdématiée ; il y a de la folliculite sur la face dorsale.

Le bord libre des narines, la sous-cloison et la partie médiane de la lèvre supérieure sont recouvertes de croûtes épaisses, jaune foncé. Au-dessous d'elles existent des ulcérations de forme irrégulière dont les bords sont un peu surélevés mais non taillés à pic et dont le fond est granuleux et purulent.

L'ulcération de la lèvre supérieure, grande comme une pièce de un franc a les mêmes caractères ; elle a la forme d'un demi-cercle. Les bords sont réguliers. La muqueuse nasale est pâle à granulations jaunâtres.

Le larynx est normal.

Les poumons sont sains.

Les tibias, surtout le droit, sont en lames de sabre.

Les mains sont petites, enfin le malade est quelque peu *minus habens*. On pense donc à une syphilide chez un hérédo-syphilitique et on soumet le malade à un traitement d'essai : injection quotidienne de 2 centigrammes de benzoate de mercure et absorption de 2 gr. d'iodure de potassium.

26 Février 1906. — Le malade a eu déjà 7 piqûres.

Les croûtes sont tombées : la suppuration a diminué.

3 Mars 1906. — Amélioration considérable : L'ulcération et la rougeur ont beaucoup diminué. Les ulcérations se cicatrisent.

6 Mars. — Les ulcérations sont presque complètement cicatrisées ; un peu de stomatite oblige à interrompre le traitement.

10 Mars. — Le malade sort sur sa demande, presque complètement guérie.

Observation XVII

(Observation communiquée par M. GAUCHER à la société de dermatologie).

G... Armand, 25 ans, employé de Bureau, entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le professeur Gaucher, présentant des ulcérations de la narine droite et du lobule du nez et des lésions gommeuses de la voûte et du voile du palais.

Antécédents héréditaires.— Son père est mort à 56 ans de pneumonie. Sa mère a eu deux fausses couches, puis a eu six enfants dont trois moururent en bas-âge.

Les trois autres sont en bonne santé.

Antécédents personnels. — G. a été élevé au sein par une nourrice.

Il a eu dans sa première année, la rougeole et la coqueluche. Depuis l'âge de trois ans, il a eu aux yeux une

kératite, qui ne guérit jamais, ayant des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Il y a six ans, il a eu une adénite sous-maxillaire gauche volumineuse, indolente, qui persista pendant quatre mois sans s'ouvrir, puis diminua peu à peu de volume.

Presque au même moment, il eut une ostéite du quatrième métatarsien du pied gauche qui provoqua la formation d'un abcès fistuleux. Soigné d'abord à la Charité pour son ostéite, il guérit lentement sous l'influence de cautérisations répétées. Il fut réformé du service militaire en raison de cette lésion dont on voit encore la cicatrice.

Les lésions actuelles du nez débutèrent, il y a huit mois environ, constituées d'abord par une érosion surélevée siégeant sur la narine droite ; un médecin appliqua une pommade et fit des cautérisations au thermo-cautère pensant à un lupus. Vers cette époque se développa la lésion de la voûte et du voile du palais.

Etat actuel le 14 mars 1907. — Le lobule du nez et la narine droite sont le siège d'une infiltration assez étendue en surface ou en profondeur, dont les limites sont difficiles à fixer exactement. Elle est constituée par des nodules confluents de dimensions inégales d'une tête d'épingle à un grain de chénevis, rouges, fermes, indolents, dont la surface n'est pas régulièrement lisse, mais présentent des petites érosions suintantes. Il se forme ainsi une croûte blanc jaunâtre, assez épaisse, formée de lames superposées qui par leur superposition, forment une assez notable saillie.

Il s'agit, en somme, d'un syphilome diffus de l'extrémité du nez et de la narine droite.

Sur la partie moyenne de la voûte palatine, un peu à droite de la ligne médiane, on voit une tuméfaction rouge, saillante, à surface granuleuse, autour de laquelle la muqueuse paraît légèrement rouge. L'examen rhinoscopique pratiqué par M le Dr Bloch a montré qu'il existait un

gonflement de la muqueuse de la cloison exactement au niveau du point où siège la gomme de la voûte.

Le voile dans toute son étendue ainsi que la luette et les piliers antérieurs présentent une infiltration rouge sombre à bords découpés, qui tranche nettement avec la couleur beaucoup plus pâle de la muqueuse du voile. De plus, ces mêmes régions sont légèrement tuméfiées et toute leur surface a un aspect finement granuleux. La rhinoscopie postérieure montre que la face postérieure du voile a le même aspect que la face antérieure.

L'examen de l'œil gauche a été pratiqué par M. le Docteur Antonelli qui nous a remis la note suivante :

Œil gauche. — Néphélion para-central inféro-nasal reliquat d'une kératite parenchymateuse ancienne. Aucune lésion du fond de l'œil.

Œil droit. — Reprise de la kératite ancienne qui entraîne de la photophobie et de la diminution de l'acidité visuelle.

La lésion a une forme nodulaire superficiellement ulcéreuse avec injection périkératique. L'examen du fond de l'œil est impossible.

Ce malade a présenté dans sa première enfance une lésion auriculaire droite qui a laissé un léger degré de surdité. Enfin on note quelques déformations squelettiques : thorax en entonnoir et tibia en lame de sabre.

G... doit être considéré comme un syphilitique héréditaire qui présente actuellement des accidents syphilitiques tertiaires, syphilides ulcéro-croûteuses du nez, gomme de la voûte palatine, kératite interstitielle et, enfin, un syphilome diffus du voile et des piliers antérieurs.

CONCLUSIONS

1° Il existe à la période tertiaire, des formes de syphilides tuberculeuses, dont le nez est un des sièges de prédilection, qui présentent une grande ressemblance avec le lupus tuberculeux.

2° Le diagnostic différentiel est relativement facile entre ces syphilides lupiformes et le lupus vrai, lorsque ces lésions viennent compliquer une syphilis acquise. On se basera alors sur les commémoratifs, l'évolution et l'aspect des lésions qui sera généralement assez caractéristique pour permettre la différenciation. Le même diagnostic deviendra au contraire extrêmement difficile dans les cas de syphilis héréditaire. Souvent même, il sera alors absolument impossible.

3° Dans les cas de doute un traitement spécifique d'essai devra toujours être institué.

4° Le traitement sera celui de toutes les syphilides : application locale d'emplâtre de Vigo — mercure en injections hypodermiques —, iodure de potassium à l'intérieur.

Vu : *Le Président de la thèse*,

GAUCHER.

Vu : *Le Doyen*,

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Audry. — Hérédo-syphilis tardive ambulante de la face. — *Journal des mal. cutan.* Paris, 1902, p. 253.

Bellingham. — Case of lupiform syphilis. — *Dublin méd. Press*, 1855, p. 257.

Besnier. — Syphilomatose ulcér. de la face, aiguë, lupoïde ou scrofuloïde. — *Bul. soc. franç. dermatol.* Paris, 1892.

Brayton. — Différenciation of the tubercular syphilide, bromure acné, sycosis and lupus vulgaris. — *Indiana méd. Journal.* 1892-93, p. 166.

Dieulafoy. — Tuberculose et syphilis — *Trib. méd.* Paris, 1901, p. 245.

Ehrmann — Zur pathologie der syphilide — *Wiener Klinik*, 1897, p 413.

Eulhyboule. — Syphilide tubercul. hérédit. du tronc. — *Gaz. méd. d'Orient.* Constantinople, 1889 90, p. 149.

Fermini. — Contributo alle diagnosi differenziale fra lupus eritematoso et sifilo-derma. — *Boll. di poliambulo di Milano.* 1891, p. 139.

Fournier. — Syphilides simulant le lupus érythémateux. — *Bull. soc. dermatol.* 1890, p. 24.

Fournier. — Des syphilides. — *Rev. intern. méd. et chirurgie.* 1897, p. 149.

Gaucher. — Chancres et syphilides cutanées et muqueuses. Paris, 1907.

Gaucher. — Syphilides tertiaires ulcéro-croûteuses des narines. *Bul. soc. franç. dermat. et syphilig.* 1907, p. 130.

Graham. — A case of tuberculo ulcerativ syphilide of hereditary origin. — *Transactions of the american dermatolog. association.* N.-York, 1885, p. 7.

Hallopeau. — Syphilides papulo-tubercul. à progression excentrique. — *Iconogr. des mal. de la peau*, 1896, p. 139.

Hutchinson. — Difficultés de diagnostic des éruptions syphilitiques. — *Edimbourg, Méd. Journ.* 1897, p. 291.

Hutchinson — Tertiary syphilitic of prépuce, form of syphilitic lupus. — *Archives of surgery. London.* 1891-92, p. 252.

Humbert. — Manuel prat. des mal. de la peau appelées syphilides. Paris, 1883.

Leloir. — Recherches sur les combinaisons de scrofulo-tuberculose et de la syphilis du côté de la peau. *J. des mal. cutan.* Paris, 1891, p. 151.

Longin. — Syphilides et lupus hybrides. — Th. Paris, 1903-1904.

Mauriac. — Syphiloses cutan. à type tuberculo-ulcéreux. — *J. de Méd. de Bordeaux.* 1882-83, p. 242-257-264-292.

Marmonnier. — Observ. de syphil. tuberculo-ulcér. géante. — *Marseille Méd.* 1896, p. 225.

Raphael. — A case of the tubercular syphilide of face.— *N.-York Méd. Journal.* 1883, p. 459

Schweich. — Classific. des syphilides. — Th. Paris, 1869.

Whitfield. — Syphilide tubercul. superficiel. du tronc. — *Polyclinic Londres*, 1900, p. 248.

Angoulême. — Imp. L. Coquemard & Cie.